

## CONSENTIMIENTO PARA VACUNACION DE ADULTOS INFLUENZA ESTACIONAL 2014-2015

 App  
 Walk-in  
 Time \_\_\_\_\_

Apellido (de la persona que recibirá la vacuna):		Nombre:		Segundo Nombre:	
Dirección:		Ciudad:		Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento:	Edad	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Embarazada ____ #semanas <input type="checkbox"/> Femenino	Numero de Teléfono:		

**Raza:** (seleccione solo uno, para propósito de estadísticas):  No Hispana/ Latina  Hispana/Latina

**Etnicidad:** (Para propósito de estadísticas. Si es aplicable, escoja más de uno)  
 Blanca  Hispana/Latina  Indio Americano /Nativo de Alaska  Afroamericano  Asiático  
 Nativo de Hawái / Isleño del Pacifico  Otro →(describa): \_\_\_\_\_

**Seguro Medico:**

- Nombre de seguro médico \_\_\_\_\_ #ID \_\_\_\_\_ #Grupo \_\_\_\_\_
- Nombre de Subscriptor \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_
- Relación al Subscriptor \_\_\_\_\_ Empleador de Subscriptor \_\_\_\_\_

**Nota:** Como cortesía, mandaremos la factura a su seguro médico. Si su plan no cubre la vacuna de la influenza, se le enviara la factura a usted y será responsable por \$25 por vacuna.

No tengo Seguro Médico  Tengo seguro médico que no cubre vacunas

\_\_\_\_\_ He leído o me han explicado la información contenida en la "hoja de información de vacunas" (VIS) de 2014-2015 acerca de la vacuna contra la influenza estacional. **No estoy enfermo hoy, no tengo una severa alergia a huevos y no he tenido una reacción severa a la vacuna contra la influenza anteriormente.** He tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido contestadas a mi satisfacción. Doy permiso al Condado Coconino para dar información acerca de esta vacunación al Sistema de información de Vacunación del Estado de Arizona (ASIIS), otros proveedores de salud, si es pedido. (Por favor cruce este párrafo si no quiere que esta información sea puesta en el sistema ASIIS.) Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza estacional y quiero que se me de la vacuna hoy. Si se envía la factura a mi compañía de seguro, autorizo al CCPHSD proveer información a tal, referente a mi visita, y asigno pagos para servicios médicos llevados a cabo en CCPHSD. Entiendo que soy económicamente responsable por todas las facturas sea que mi seguro acepte los cargos o no.

Firma del Paciente o Tutor	Nombre impreso	Fecha
----------------------------	----------------	-------

**FOR EMPLOYEE USE ONLY / PARA USO DEL EMPLEADO SOLAMENTE**

**Clinic Location:** \_\_\_\_\_ **Admin Initials:** \_\_\_\_\_

PAYMENT DETAILS: Client may request a copy for records. Please ensure all areas are completed for billing purposes.

Fee Waived  Client Responsible  Bill Insurance  Bill Company \_\_\_\_\_

Fee/Donation \$ _____	Form of payment: <b>Cash</b> <b>Check</b> <b>CC</b>	Receipt # _____
-----------------------	---	-----------------

**VACCINATION DETAILS:**

Initials	Type of Vaccine	Manufacturer	"VFA"	Lot #	Site	Route	Dose
	Multi Dose	Sanofi			<input type="checkbox"/> LD/ <input type="checkbox"/> RD	IM	0.5ml
	Single Dose	Sanofi			<input type="checkbox"/> LD/ <input type="checkbox"/> RD	IM	0.5ml
	Single Dose	GSK			<input type="checkbox"/> LD/ <input type="checkbox"/> RD	IM	0.5ml
	Multi Dose	GSK			<input type="checkbox"/> LD/ <input type="checkbox"/> RD	IM	0.5ml
	High Dose (65 yrs. +)	Sanofi			<input type="checkbox"/> LD/ <input type="checkbox"/> RD	IM	0.5ml

\_\_\_\_\_  
**Nurse's Signature** **Date**